

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

307

Année 1899

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

Par S. NÉVIAJSKI

Né à Kowno (Russie), le 30 avril 1872.

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la clinique Baudelocque.

ÉTUDE

SUR LA

DÉCHIRURE CENTRALE DU PÉRINÉE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

LEJARS et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

307

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

Par S. NÉVIAJSKI

Né à Kowno (Russie), le 30 avril 1872.

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la clinique Baudelocque.

ÉTUDE

SUR LA

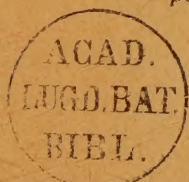
DÉCHIRURE CENTRALE DU PÉRINÉE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

LEJARS et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	M.	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N...
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILLEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE JAQUES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD,

Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Au commencement de cette année nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique Baudelocque un cas de déchirure centrale du périnée. Ce cas a été le sujet d'une leçon de notre maître M. le professeur Pinard. Nous avons pu ainsi nous rendre compte des différents aspects que peuvent présenter ces déchirures et de la diversité des causes qui ont été invoquées pour les expliquer.

Aussi nous avons pensé qu'il était intéressant de faire le relevé de tous les cas des déchirures centrales du périnée qui se sont produits dans ces dernières années dans un service tel que la clinique Baudelocque. Nous y avons ajouté les différentes observations qui ont été publiées dans les journaux français et étrangers postérieurement au travail de Charpentier et à la dernière thèse se rapportant à notre sujet publiée en 1891.

Après avoir passé en revue l'observation clinique de plus de trente cas, nous nous efforcerons d'étudier

brèvement l'historique, la définition, l'étiologie et le traitement de ces déchirures.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous devons remercier tous nos maîtres de la Faculté de Paris, et plus particulièrement M. le professeur Hayem, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, M. le docteur Huchard, médecin à l'hôpital Necker et M. le docteur Marchand, chirurgien à l'hôpital Beaujon.

Nous prions M. le professeur Pinard de croire à notre vive reconnaissance pour nous avoir confié les archives de son service et pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

OBSERVATION I

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée G. . . , âgée de 20 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 25 avril 1899. Elle a eu dans l'enfance la coqueluche et la rougeole. Elle est réglée depuis 12 ans, mais d'une façon irrégulière. Ses dernières règles datent du 20 au 23 juillet 1898 et elle s'est reposée pendant le dernier mois à l'asile de l'avenue du Mainé. Le fœtus se présente en OIGA, la dilatation est complète à 9 heures du soir. On remarque que le périnée présente une longueur inaccoutumée et bombe fortement en arrière. La vulve est petite et orientée en avant. Les contractions sont énergiques et rapprochées, mais la vulve se dilate peu, et le périnée commence à s'infiltrer. A 9 h. 10, il se produit brusquement, un peu en avant de l'anus, une déchirure centrale par laquelle on aperçoit le nez du fœtus. On dit à la femme de ne plus pousser, mais avec une nouvelle contraction la déchirure s'agrandit et acquiert les dimensions d'une pièce de 5 francs. Elle laisse voir la bouche et le nez du fœtus. La sage-femme en chef fait alors deux incisions latérales longues de 1 centimètre de chaque côté de la commissure postérieure; en même temps on maintient la tête en haut et la deflexion s'achève assez lentement. L'expulsion du fœtus se fait à 10 heures du soir, sans que la plaie périnéale s'étende. On fait immédiatement cinq points de

suture, la réunion ne se fait pas par première intention, et la femme quitte le service le dixième jour, avant que la cicatrisation soit complète.

La période d'expulsion a duré une heure. Le poids de l'enfant est de 2.820 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—12,6; OF—11,5; SOB—9,4; SOF—10,2; BiP—9,2; BIT—8,1 cm.

OBSERVATION II

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par l'orifice vulvaire.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée M..., âgée de 23 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque, le 2 mai 1897, à 3 heures du soir. Pas d'antécédents pathologiques. A été réglée à 13 ans, mais d'une façon très irrégulière. Ses dernières règles datent du 1^{er} au 3 août 1896. A l'examen, on ne trouve rien d'anormal tant au point de vue général, qu'au point de vue obstétrical. Le fœtus se présente en OIDP. La dilatation est complète à 10 h. 5 du soir. Dès le début de la période d'expulsion le périnée se tend considérablement à chaque effort; sa longueur atteint 13 centimètres environ. A 10 h. 1/2, il se produit brusquement une déchirure centrale, par laquelle s'écoule le liquide amniotique. La déchirure a une forme circulaire et siège à 1 centimètre environ en avant de l'anus. On maintient soigneusement la tête pour éviter l'agrandissement de la plaie. Au moment où la bouche du fœtus se trouve au niveau de l'orifice vaginal de la déchirure, on voit la lèvre supérieure, puis

la lèvre inférieure faire hernie dans cet orifice. A ce moment (10 h. 45), l'enfant fait plusieurs inspirations et pousse un léger cri. Les bruits du cœur sont bons, mais les contractions utérines deviennent plus espacées. Alors, avec un doigt introduit dans la déchirure centrale on repousse le menton et l'on aide la déflexion de la tête. L'expulsion se fait à 10 h. 50. L'enfant naît un peu étonné. L'étendue de la déchirure centrale n'a pas augmenté; à la fourchette, il se produit une légère déchirure qu'on réunit par un point de suture. La déchirure centrale est soignée par des pansements à la gaze iodoformée. La femme quitte le service douze jours après son accouchement, complètement guérie.

Poids de l'enfant, 2.870 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,8; OF—11,5; SOB—9,2; SOF—10,6; BiP—9,7; BiT—8,7; SMB—12,7 cm.

OBSERVATION III

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par l'orifice vulvaire.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée L..., âgée de 29 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 6 septembre 1897, à 11 h. 50 du soir. Elle n'a jamais été malade. Est réglée, mais mal, depuis l'âge de 14 ans. Ses dernières règles datent du 10 au 12 novembre 1896. Elle exerce le métier de fleuriste et elle ne s'est pas reposée. A l'examen on ne trouve rien d'anormal à noter tant au point de vue général, qu'au point de vue obstétrical. Le fœtus se présente en OIGA. La dilatation est complète à

minuit 40; à ce moment, on rompt les membranes. La déflexion et la progression de la tête se font très lentement, et à 2 h. 30 il se produit brusquement, immédiatement en avant de l'anus, une éraillure de la peau. Les tissus profonds cèdent à leur tour, de sorte que la plaie communique avec le vagin. La déchirure augmente d'étendue à chaque contraction, on maintient soigneusement la tête, mais au moment du dégagement des épaules, la déchirure se complète et s'étend de la fourchette à l'anus. Le sphincter anal est intact. On fait six points de suture, tant profonds que superficiels. La femme quitte le service dix jours après son accouchement, complètement guérie.

Durée de la période d'expulsion, 2 h. 10. Poids du fœtus, 2.680 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—12,6; OF—10,5; SOF—9,6; BiP—9; BiT—7,7 cm.

OBSERVATION IV

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée C..., âgée de 26 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 4 juillet 1895. Ses antécédents héréditaires sont bons, elle n'a jamais été malade. Est réglée depuis l'âge de 13 ans. Ses dernières règles datent du 18 au 22 septembre 1894. Elle est domestique et se repose depuis quinze jours. Le fœtus se présente en OIGA, la hauteur de l'utérus est de 40 centimètres. La dilatation est complète à 8 h. 40 du soir. Dès le début de la période d'expulsion le périnée est très distendu, d'une coloration violacée. Sa lon-

gueur est de 12 centimètres. A 4 heures, il se produit brusquement, un peu au dessus de l'anus, une déchirure centrale de forme irrégulière et dont les dimensions s'approchent d'une petite paume de main. Le nez et la bouche du fœtus tendent à s'engager dans l'orifice de la déchirure. On incise alors le pont qui s'étend de la commissure postérieure à la déchirure, et l'accouchement est terminé rapidement. Le sphincter anal est intact. On fait la suture immédiate : deux points profonds et six superficiels. Pansement à la gaze iodoformée. La guérison est complète après dix jours.

La durée de la période d'expulsion est de 20 minutes. Le poids de l'enfant est de 4.720 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—15,5; OF—13; SOF—11,2; SOB—10; BiP—10,5; BiT—9; SMBr—13,5 cm.

OBSERVATION, V

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée P..., âgée de 24 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 12 novembre 1893. Son père est bien portant, sa mère est morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 42 ans. Elle a eu cinq frères et sœurs qui sont tous morts en bas âge. Elle-même n'a jamais été malade. Elle est réglée depuis l'âge de 12 ans. Le fœtus se présente en OIDP. La dilatation est complète à 6 h. 5 du matin. Pendant la période d'expulsion, le périnée est fortement distendu, il est très aminci et prend une coloration blanchâtre. Une déchirure centrale longue de 4 centimètres ne tarde pas à se produire;

cette déchirure augmente d'étendue à chaque contraction, de sorte qu'on se décide à sectionner le pont qui se trouve entre la fourchette et la déchirure. L'accouchement est alors rapidement terminé. On fait la suture immédiate et la guérison est complète au bout de dix jours.

La période d'expulsion a duré 35 minutes, Le poids du fœtus est de 2.780 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13; OF—11; SOB 9; SOF—10,3; BiP—9,4; BiT—7,3; SMB—10 cm.

OBSERVATION VI

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée Ch..., âgée de 27 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 30 août et à la salle du travail le 29 octobre 1893. Son père est mort d'une pneumonie, sa mère serait morte épuisée par le travail. Comme antécédents personnels, elle dit avoir eu dans l'enfance la coqueluche, la rougeole et la variole. Elle a commencé à marcher à 16 mois et elle est réglée depuis l'âge de 16 ans. Ses dernières règles datent du 25 au 28 décembre 1892. Elle exerce le métier de perleuse et elle s'est reposée dans le service depuis deux mois. C'est une femme de petite taille (1^m29), son bassin est rétréci et le D. PrSP. mesure 9,9 cm. Ses premières douleurs ont commencé le 29 octobre à 3 heures du matin, la dilatation se fait très lentement, la tête est mobile au dessus du détroit supérieur. Le 30 octobre, à 7 heures du matin, la dilatation est grande comme une pièce de 1 franc, les membranes sont

flasques, même pendant les contractions; la tête est mal fléchie, l'inclinaison sur le pariétal postérieur est très accusée, ainsi que le chevauchement de cet os. A 2 heures du soir, la dilatation est grande comme une petite paume de main et tout est préparé en vue d'une symphyséolomie. Mais peu après la tête finit par s'engager et la dilatation est complète à 4 h. 15 du soir. La vulve est remarquable par son orientation en haut et en avant, son orifice se dilate très lentement, le périnée est infiltré et très distendu. A 6 heures du soir, on remarque au niveau du périnée antérieur une tache d'apparence noirâtre grande comme une pièce de 2 francs. Elle commence à 2 centimètres en arrière de la commissure postérieure et s'étend jusqu'au niveau de l'anus. Quelques instants plus tard le périnée cède au niveau de cette tache, et il se produit une déchirure centrale par laquelle s'écoule le liquide amniotique. Avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, la déchirure se complète en avant et en arrière, et le fœtus est expulsé à 6 h. 05 du soir. Le périnée est déchiré dans toute son étendue de la fourchette jusqu'à l'anus. De plus, il existe des lésions des petites lèvres : la petite lèvre droite est fendue à peu près dans toute sa longueur jusqu'au niveau du clitoris. On fait la périnéorrhaphie immédiate : deux points du côté de la muqueuse vaginale, quatre pour le périnée et enfin deux points de suture pour la petite lèvre droite. La réunion a lieu par première intention.

Le travail a duré en tout 39 heures, la période d'expulsion a duré 1 h. 50. L'enfant naît cyanosé; malgré tous les soins, on n'a pu le ranimer. Son poids est de 2.240 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—12,6; OF—11,2; SOB—8,7; SOF—9,7; BiP—9; BiT—8; SMB—8,6 cm.

L'autopsie de l'enfant a montré qu'il n'existait pas de fracture du crâne, mais on a constaté une suffusion sous-périostée

au niveau de la moitié postérieure du pariétal droit et de la moitié droite de l'écaïlle occipitale.

OBSERVATION VII

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le professeur Pinard, et publiée par M. Boissard, dans la *France médicale*, 1890).

La nommée Sch..., 22 ans, entre à la clinique Baudelocque le 11 mai 1890, parce qu'elle souffre depuis quelques heures. Cette femme, régulièrement réglée, est enceinte pour la première fois et a eu ses dernières règles le 4 août 1899. Par le palper on constate que le fœtus se présente par le sommet en position droite, variété postérieure; la tête est profondément engagée, le fœtus est vivant.

En examinant les organes génitaux externes avant de pratiquer le toucher, on constate que l'ouverture vulvaire est orientée en haut et en avant; le capuchon du clitoris est sur la face inférieure du pubis et n'est distant du bord de la symphise pubienne que de l'épaisseur d'un travers de doigt. Lorsqu'on fait rapprocher les cuisses de la femme et qu'on les met en contact l'une avec l'autre, l'ouverture vulvaire, au lieu de se trouver cachée et enfoncée pour ainsi dire au fond de l'espace compris entre les cuisses, apparaît au contraire librement et se trouve orientée en haut et en avant. Nous avons du reste déjà, dans notre thèse, appelé l'attention sur cette orientation vulvaire. En raison de cette disposition, pour pratiquer le toucher, il faut présenter son index de haut en bas et pénétrer

presque directement en bas pour arriver sur la paroi postérieure du vagin ; une fois là, il faut relever le doigt, le porter en haut et en avant pour parcourir tout le canal vaginal et arriver sur le col ; cette orientation vulvaire fait craindre quelques difficultés pour la terminaison spontanée de l'accouchement.

Le 12 mai, à 5 heures du matin, la dilatation est complète et les membranes se rompent spontanément. Les douleurs d'expulsion commencent, le mouvement de la rotation de la tête se continue et s'achève bientôt. La tête en occipito-pubienne est poussée directement en bas et n'a aucune tendance à se diriger vers l'orifice vulvaire qui ne s'entr'ouvre pour ainsi dire pas, tandis que le périnée, fortement poussé par la tête, se tend et s'allonge. Bientôt la distension, l'allongement et l'amincissement du périnée sont si considérables que par transparence on voit la tête fœtale, alors que la vulve est à peine entr'ouverte. Sous l'influence d'une contraction utérine, le périnée qui avait déjà cédé du côté de la muqueuse, cède du côté de la peau, et on voit se produire sur la peau, entre l'anus et la commissure postérieure, une boutonnière cutanée de la dimension d'une pièce de 50 centimètres par où sort une portion du front ; le périnée mesure alors 11 centimètres. On maintient énergiquement la tête pour empêcher son expulsion à travers cet orifice, qui irait en s'agrandissant et pour éviter l'extension de la déchirure du côté de l'anus, on sectionne d'un vigoureux coup de ciseaux le pont cutané qui se trouve entre cet orifice et la fourchette. L'incision faite presque sur la ligne médiane mesure près de 5 centimètres. Le dégagement de la tête se fait alors par l'ouverture vulvaire et la déchirure ne s'étend pas du côté de l'anus. Expulsion d'un enfant vivant du poids de 2.800 grammes, délivrance spontanée au bout de 25 minutes. En examinant l'état des organes génitaux soigneusement lavés, on constate que la plaie à bords nets mé-

sure à peine 3 centimètres en raison du retrait du périnée. La réunion est suffisamment assurée au moyen de trois serres-fines; le quatrième jour, les serres-fines sont enlevées, la réunion est complète, suites de couches physiologiques.

OBSERVATION VIII

Déchirure centrale superficielle du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée F..., âgée de 22 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudeloque, le 26 avril 1896. Elle est bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Elle a eu la fièvre typhoïde à 19 ans. Ses dernières règles datent du 1^{er} au 5 juillet 1895. A l'examen on ne constate rien d'anormal au point de vue général ou obstétrical. Le fœtus se présente en O I G A, la dilatation est complète à 4 h. 1/2 du soir. Les contractions utérines sont assez énergiques, le périnée est fortement distendu et mesure 11 centimètres. La vulve est petite et orientée en haut et en avant. A 5 heures on remarque une déchirure superficielle du périnée, partant de l'anus et ayant les dimensions d'une pièce d'un franc. Pour éviter l'extension de la plaie on fait une incision latérale gauche de la commissure longue de 2 centimètres environ. Le périnée continue à s'infiltrer mais l'accouchement est terminé à 5 h. 55 sans que la déchirure ou l'incision aient augmenté d'étendue. En examinant la déchirure après l'accouchement on constate qu'elle est restée superficielle et que la muqueuse vaginale ainsi que le sphincter anal sont intacts. Les deux plaies sont suturées immédiatement et la cicatrisation est complète au bout de quelques jours.

La période d'expulsion a duré 1 h. 25. Le poids de l'enfant est de 2620 grammes. Les diamètres de la tête sont OM — 11 1/2; OF—10,5; SOB — 9,5; SOF — 10,5; BiP—9; BiT—8; SMB —11 cm.

OBSERVATION IX

Déchirure centrale superficielle du périnée

(Obs. recueillie dans le service de M. le professeur Pinard.)

La nommée L..., âgée de 18 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 22 octobre 96 à 11 heures du matin. Elle est bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Ses dernières règles datent du 14 au 19 janvier 1896. Elle est domestique et se repose depuis un mois à l'asile Michelet. Le fœtus se présente en ODP, la dilatation est complète à 2 h. 30. La déflexion et la progression de la tête se font lentement, le périnée est très distendu et infiltré, la vulve est située en haut et en avant. A 4 heures, il se produit une déchirure superficielle du périnée immédiatement en avant de l'anus et longue de 2 centim.; on fait une incision latérale gauche de la commissure, l'expulsion du fœtus a lieu à 4 h. 30 sans que les lésions périnéales aient augmenté d'étendue. On fait immédiatement cinq points de suture. La période d'expulsion a duré deux heures. Le poids de l'enfant est de 2.910 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13; OF—11,4; SOF—11,2; SOB—9,7; BP—9,5; BiT—8,1; SMB—10,2 cm

OBSERVATION X

Déchirure centrale superficielle du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée C..., âgée de 32 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 14 juillet 1895. Ses parents étaient rhumatisants, elle-même a toujours eu une mauvaise santé. Depuis l'âge de 12 ans, elle présentait les différents symptômes de la maladie de Basedow; à l'âge de 25 ans, le goitre a disparu, mais elle présente toujours l'exophtalmie, la tachycardie et le tremblement. En 1894, elle fut soignée à l'hôpital Beaujon pour une pleurésie. Elle a commencé à être réglée à 18 ans, mais d'une façon irrégulière. Ses dernières règles datent du 10 au 13 octobre 1894. Le fœtus se présente en OIGA, la dilatation est complète à 1 h. 15. La déflexion de la tête se fait lentement, le périnée est très distendu et infiltré. A 3 h. 20, on remarque que la peau commence à céder un peu en avant de l'anus; il se produit une déchirure centrale superficielle, mais qui s'étend en longueur. On fait alors une incision latérale droite de la commissure longue de 1 cent $\frac{1}{2}$. L'expulsion du fœtus se fait à 3 h. 40, sans que les lésions périnéales aient augmenté d'étendue. Trois points de suture.

La période d'expulsion a duré 2 h. 30. Poids de l'enfant, 3.050 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—14,3; OF—12,2; SOF—11,5; SOB—9,7; BiP—9,2; BiT—7,8; SMB—10 cm.

OBSERVATION XI

Déchirure centrale superficielle du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée S. ., âgée de 26 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 3 juillet 1894. A 15 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. Elle est domestique et se repose depuis vingt jours. A l'examen on constate que le promontoire est accessible et que le fœtus se présente en OIDT. La dilatation est complète à 8 h. 25. Mais la progression de la tête est très lente, le périnée mesure à ce moment 10 centimètres; il est très distendu, aminci et luisant; et on peut suivre à travers la peau par transparence le relief de la tête fœtale. Au moment de la déflexion de la tête, il se produit à 1 centimètre au dessus de l'an us une petite déchirure superficielle; on finit alors de dégager la tête très lentement pour éviter l'extension de la plaie périnéale. Le lendemain on constate un œdème assez marqué de la région comprise entre la vulve et l'an us, l'orifice de la déchirure a pris une forme longitudinale et ses bords sont agglutinés. Traitement par pansements antiseptiques.

La période d'expulsion a duré 3 h. 50. Le poids de l'enfant est de 2.760 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,6; OF—11,7; SOB—9,7; SOF—10,5; BiP—8,5; BiT—7,4; SMB—9,7 cm.

OBSERVATION XII

Déchirure centrale superficielle du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée F..., âgée de 26 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 30 juillet 1894. Antécédents héréditaires bons. Elle est réglée depuis l'âge de 12 ans. Ses dernières règles datent de la fin d'octobre 1893. Le fœtus se présente en OIGA, la dilatation est complète à 8 h. 20 du matin. Pendant la période d'expulsion le périnée est très distendu, et il se produit une déchirure superficielle siégeant entre la vulve et l'anus. L'expulsion se fait à 9 h. 30 du matin; la déchirure centrale est restée superficielle et a conservé ses petites dimensions, de sorte qu'elle est traitée par de simples pansements antiseptiques.

La période d'expulsion a duré 1 h. 10. Le poids de l'enfant est de 3.160 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,5; OF—10,5; SOB—8,5; SOF—10,2; BiP—9, BiT—8,2; SMB—8,5 cm.

OBSERVATION XIII

Déchirure centrale superficielle du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée D..., âgée de 22 ans, primipare, est entrée à

la clinique Baudelocque le 25 janvier 1893. Elle aurait eu la chloroanémie à l'âge de 20 ans. Ses dernières règles datent du 12 au 16 avril 1892. La dilatation est complète à 10 h. 35 du matin. A la fin de la période d'expulsion, au moment où la fontanelle antérieure apparaît à la commissure, il se produit une déchirure superficielle du périnée à 2 centimètres en arrière de la fourchette. Pendant le dégagement de la tête, la commissure cède à son tour, mais les deux déchirures ne se rejoignent pas; d'ailleurs, elles sont toutes les deux superficielles et n'intéressent que la peau. Après la délivrance, l'écoulement sanguin continue et l'on constate qu'il provient d'une déchirure superficielle de la paroi postérieure du vagin.

La période d'expulsion a duré 40 minutes. Le poids de l'enfant est de 3.150 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—14; OF—12,2; SOB—9,9; SOF—10,1; BiP—9,9; BiT—7,6; SMB—10 cm.

OBSERVATION XIV

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée B..., âgée de 29 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 3 juin 1893. Ses dernières règles datent du 16 au 20 août 1892. L'enfant se présente en OI DP, la dilatation est complète à 3 h. 15. Dès le début de la période d'expulsion, le périnée est très distendu, la vulve est remarquable par son orientation en haut et en avant. Un peu au dessus de l'anus, il se produit une déchirure centrale ayant

la forme d'une boutonnière de 1 cent. $1/2$. Pendant l'extraction du fœtus, la fourchette cède également sur une longueur de 2 centimètres, mais les deux déchirures ne se rejoignent pas. Une serre-fine est placée sur la déchirure de la fourchette.

La période d'expulsion a duré 40 minutes. Le poids de l'enfant est de 2.440 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,3 ; OF—11,5 ; SOB—9,5 ; SOF—10,5 ; BiP—8,5 ; BiT—7,5 ; SMB—9,5 cm.

OBSERVATION XV

Déchirure centrale superficielle du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée F..., âgée de 23 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 6 juin 1893. Ses dernières règles datent du 18 au 22 août ; le fœtus se présente en OIGT, la dilatation est complète à 11 h. du matin. La période d'expulsion est très longue, le périnée est fortement tendu, et une déchirure superficielle se produit dans sa partie centrale. Pendant l'extraction du fœtus la fourchette cède également, de sorte que la déchirure centrale se transforme en déchirure ordinaire. Suture immédiate. Guérison au bout de quelques jours.

La période d'expulsion a duré 3 h. 35. Le poids de l'enfant est de 3.300 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,4 ; OF—12,2 ; SOB—9,5 ; SOF—10,1 ; BiP—9,5 ; BiT—8,6 ; SMB—9,3 cm.

OBSERVATION XVI

Double déchirure centrale superficielle du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard).

La nommée F..., domestique, âgée de 26 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 8 juin 1893. Elle n'a jamais été malade ; est réglée depuis l'âge de 14 ans, ses règles sont généralement abondantes et durent huit à quinze jours. Ses dernières règles datent du 1^{er} au 8 septembre 1892. Le fœtus se présente en OIGA, la dilatation est complète à 6 heures. La vulve est remarquable par son orientation en haut et en avant. Pendant la période d'expulsion avant que la fontanelle antérieure apparaisse à la vulve, la peau du périnée s'éraille en deux endroits. La première déchirure siège à 2 centimètres en arrière de la commissure postérieure, et la seconde immédiatement en avant de l'anus. Comme ces lésions augmentent d'étendue, on sectionne le pont périnéal situé entre la fourchette et la première déchirure. L'expulsion du fœtus se fait alors rapidement sans que les lésions périnéales aient augmenté d'étendue. Suture immédiate et réunion par première intention.

La période d'expulsion a duré 45 minutes. Le poids de l'enfant est de 3.300 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—14,6 ; OF—12,4 ; SOB—10,2 ; SOF—11 ; BiP—9,1 ; BiT—8,3 ; SMB—10,1 cm.

OBSERVATION XVII

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée Cl., blanchisseuse, âgée de 22 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 5 juillet 1892. Ses parents sont bien portants. Elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans. Ses dernières règles datent du 1^{er} au 7 octobre 1891. Le fœtus se présente en OI DP, la dilatation est complète à 7 h. 30 du soir et à 7 h. 40, il se produit brusquement à 1 centimètre en avant de l'anus une déchirure grande comme une pièce d'un franc. On dégage lentement la tête sans que la déchirure augmente d'étendue.

La période d'expulsion a duré 15 minutes. Le poids de l'enfant est de 2.800 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—14 ; OF—11,7 ; SOB 10 ; SOF—12,5 ; BiP—9 ; BiT—8,5 ; SMB—10,5 cm.

OBSERVATION XVIII

Déchirure centrale du périnée.

(Obs. recueillie dans le service de M. le prof. Pinard.)

La nommée T..., couturière, âgée de 20 ans, primipare, est entrée à la clinique Baudelocque le 30 avril 1891. Ses parents sont bien portants. Elle est réglée depuis l'âge de 13 ans.

Ses dernières règles datent du 30 juillet 1890. Le fœtus se présente en OIGP, la dilatation est complète à 2 heures du soir. La période d'expulsion est assez longue, et il se produit une déchirure centrale du périnée longue de 2 centimètres. Pendant le dégagement de la tête, la fourchette cède à son tour, sans que les deux déchirures se rejoignent. La plaie est soignée par des pansements antiseptiques.

L'expulsion a duré 1 h. 50. Le poids du fœtus est de 3.460 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—12,7; OF—11,4; SOB—9,8; SOF—10,5; BiP—9,6; BiT—8,3; SMB 10 cm.

OBSERVATION XIX

Rupture centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.
Par Voituriez.

(*Revue des sciences médicales de Lille*, 1898, p. 529.)

La nommée Louise D..., ouvrière en fabrique, âgée de 18 ans, accouche pour la première fois le 21 septembre 1898. L'accouchement fut rapide; commencé à 4 heures du matin, le travail se terminait à 8 h. 1/2 par l'expulsion d'un enfant à terme de grosseur moyenne. La tête se dégagea la première. Une sage-femme était présente à l'accouchement, mais n'assistait pas la parturiente au moment des dernières douleurs et ne soutint pas le périnée. Il n'y a pas eu après l'issue de l'enfant d'hémorrhagie notable. La délivrance se fit environ un quart d'heure après. Telssont les renseignements donnés par la malade au moment de son entrée à l'hôpital le 24 septembre.

A cette époque, elle présentait de la fièvre, des signes d'infection qui furent traités par des injections vaginales antiseptiques. Dès son entrée, on constate chez la jeune femme une rupture centrale du périnée et, en s'enquérant des renseignements, on apprend que l'accouchement de l'enfant s'est fait par cette large déchirure; l'arrière-faix de même avait été extrait par cette voie. Pendant les jours qui suivent, la malade est tenue au lit. Dès que les signes d'infection et de fièvre ont disparu, et sans attendre davantage, nous nous proposons de pratiquer la restauration du périnée. Le 27 octobre, nous procédons à la colpopennéorrhaphie. Voici à ce moment comment se présentent les parties atteintes.

A l'inspection on constate au niveau du périnée une large perte de substance de forme elliptique (4 cent. 1/2 dans le sens antéro-postérieur, 4 centimètres dans le sens transversal). En avant de cette déchirure existe un pont de peau de 15 millimètres de hauteur aboutissant à la fourchette demeurée intacte. La vulve est indemne comme chez une femme qui n'a pas eu d'enfants. En introduisant le doigt à travers l'orifice vulvaire, on constate la rupture du vagin, qui s'est déchiré au niveau de l'insertion hyménéale. Le vagin est rompu sur une étendue assez considérable; en effet, en enfonçant le doigt jusqu'au cul-de-sac postérieur du vagin et en marquant alors sur le doigt le point où le vagin est rompu, on trouve une hauteur de 5 centimètres. La paroi postérieure du vagin déchiré se retrouve continuant profondément le tissu des granulations charnues qui tapisse les lèvres de la déchirure du périnée. En arrière, on constate l'intégrité de l'orifice anal; tout le sphincter est conservé. De la racine du clitoris jusqu'à la fourchette, nous trouvons 6 centimètres, de là fourchette à l'orifice anal, 7 centimètres.

En résumé, il s'agit d'une rupture centrale du périnée avec

intégrité de la vulve et de l'anوس, ayant permis l'issue par cette voie anormale de l'enfant et de l'arrière-faix ; cette issue n'est possible évidemment que par éclatement préalable du vagin. Comme cause de la rupture, nous trouvons : 1° l'âge peu avancé de la parturiente ; 2° la mauvaise qualité des tissus ; 3° la hauteur exagérée du périnée ; 4° la rapidité de l'expulsion.

M. Voituriez, après avoir sectionné le pont qui s'étendait de la vulve à la déchirure et après avoir avivé les bords de la plaie, a pratiqué la périnéorrhaphie. La réunion a eu lieu par première intention.

OBSERVATION XX

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure
Par W. Succow.

(Traduit dans *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1896 p. 744.)

Le 12 août 1894, vers 4 heures du soir, je fus appelé chez une pauvre paysanne âgée de 28 ans, enceinte pour la cinquième fois. Les antécédents pathologiques de cette femme sont les suivants : Elle a marché tard et difficilement ; dans le jeune âge, elle a eu une affection typhoïde (typhus) et plus tard la chloroanémie. Elle a eu sa première grossesse à 20 ans, la dernière, c'est-à-dire la quatrième, à 25 ans. Tous les accouchements ont été laborieux ; pendant le dernier, il est survenu une grave hémorrhagie. Les quatre enfants sont nés morts ou sont décédés peu de temps après leur naissance. Pour la grossesse actuelle, la parturiente croit être à terme. Elle ne peut préciser le début des contractions douloureuses, qui auraient commencé depuis

plus de vingt-quatre heures. Dans la matinée, elle avait pris une tisane préparée par elle-même qui a provoqué de fortes contractions douloureuses, de sorte qu'à mon arrivée cette femme est complètement épuisée. La poche des eaux est rompue. A l'examen, je constate que la femme est petite, mal musclée et porte le double de son âge ; elle présente des stigmates indiscutables de rachitisme. La femme étant dans le décubitus dorsal je remarque l'orientation très en avant de la vulve et la longueur exagérée du périnée. Cette longueur n'a malheureusement été mesurée que plus tard. Le dos du fœtus est à gauche, la tête immédiatement au dessus du détroit supérieur. A l'auscultation, on n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Au toucher, je trouve la dilatation complète, la petite fontanelle à gauche et en arrière, la grande à droite. Il n'y avait qu'un très faible rétrécissement, mais le sacrum était remarquable par sa direction presque rectiligne en arrière et il formait avec le coccyx un angle aigu. La tête ne paraissait pas être grosse.

Je me voyais dans la nécessité de pratiquer la craniotomie, mais avant, j'ai essayé une dernière fois de presser avec mes deux mains, à travers la paroi abdominale, sur la tête fœtale et de lui faire franchir le détroit supérieur. Cette fois j'ai réussi ; la tête s'est engagée, mais en même temps, il est survenu une contraction utérine excessivement énergique. Malgré mes recommandations, la femme poussait très fort ; j'ai essayé avec deux doigts introduits dans le rectum de diriger la tête vers la vulve, mais la première contraction a été suivie aussitôt d'une seconde aussi énergique, de sorte que le périnée distendu s'est rompu brusquement dans sa partie centrale. La tête apparut à travers cet orifice et j'ai terminé par la même voie l'accouchement. La délivrance a été faite immédiatement après par le procédé de Crédé. La déchirure du périnée commençait à 1 cent. 1/2 ou 2 centimètres en arrière de la fourchette et se pro-

longeait jusqu'au niveau de l'anús, sans toutefois intéresser le sphincter dans sa totalité. Du côté du vagin, la déchirure formait deux branches : la gauche, longue de 6 centimètres, se dirigeait en haut et en dehors, tandis que la branche droite atteignait presque la petite lèvre droite au niveau de l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen. Suivant le conseil de Charpentier et de Mathæi, j'ai incisé le pont qui séparait la fourchette de la déchirure centrale, et après avoir régularisé la plaie, j'ai pratiqué la périnéorrhaphie au catgut. La guérison a eu lieu en quelques semaines. L'enfant est venu mort et paraissait ne pas être à terme. Sa longueur était de 46 centimètres. Le poids n'a pas été pris, la tête portait au niveau du frontal droit un enfoncement dû au promontoire. Les diamètres de la tête sont : le diamètre droit (*gérade*) 11 cent. $1/2$, le diamètre grand transversal 8 cent. $1/2$, le diamètre petit transversal 7 centimètres ; le diamètre grand oblique (*schraege*), 12 cent. $1/2$; le diamètre petit oblique (*schraege*), 8 centimètres ; la circonférence, 32 centimètres. La pelvimétrie a donné les résultats suivants : entre les épines iliaques, 27 centimètres ; entre les crêtes iliaques, 27 centimètres ; conjugata externa, 18 centimètres ; conjugata diagonalis, 12,05 ; conjugata vera, 9,5 centimètres. L'inclinaison du bassin était très faible et ne formait qu'un angle de 39° . Le périnée après la guérison complète mesurait 8 centimètres de longueur.

L'auteur, en analysant cette observation, donne comme causes principales de cette déchirure la longueur exagérée du périnée, la mauvaise qualité des tissus et la rapidité de l'expulsion sous l'action des contractions utérines excessivement énergiques. Il considère, au contraire, comme causes secondaires la faible inclinaison du bassin, la direction rectiligne du

sacrum, la rigidité de l'orifice vaginal et, enfin, le petit volume et la mauvaise accommodation du fœtus.

OBSERVATION XXI

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.

Par Choteau.

(*Nord médical*, 1896, p. 93.)

« Vers la mi-avril de cette année, je fus appelé par une sage-femme du voisinage à l'effet d'examiner une femme qui venait d'accoucher dans des circonstances qui lui paraissaient peu ordinaires. À mon arrivée, je me trouvais en présence d'une femme de 25 ans, petite, mais bien constituée, primipare, qui me dit être accouchée seule, avant l'arrivée de la sage-femme, d'un enfant à terme et vivant; il en résultait, disait-elle, une déchirure prononcée des organes génitaux. À l'examen de ceux-ci, voici ce que je constatais : Courbure énorme du périnée; ce dernier, oedématié, présentait exactement en son centre une ouverture permettant encore à mon arrivée l'introduction de deux doigts. — Intégrité absolue du sphincter anal et de la commissure postérieure. Le périnée avait donc cédé de dedans en dehors, la peau ayant résisté en dernier lieu. »

En analysant les causes de cette déchirure centrale, l'auteur conclut :

« Dans mon cas, on ne peut incriminer ni l'âge ni la diathèse albuminurique. Ce qui, à mon avis, a été la cause de la déchirure centrale, c'est la disposition anatomique de la vulve, fortement orientée en avant, disposition frappante chez ma malade. »

OBSERVATION XXII

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.
Par Swall.

(Traduit dans *Médical Record of New-York*, 1896, p. 316.)

Le 8 juillet 1891, à 8 heures du soir, je fus appelé près la dame S...; âgée de 33 ans, primipare. Le travail avait commencé depuis quelques heures. En examinant la femme, j'ai constaté que le bassin était large, la tête bien engagée et les contractions plutôt modérées. Après trois quarts d'heure environ, les contractions sont devenues plus énergiques et moins espacées, sans être excessives. Pendant une de ces contractions, il s'est produit brusquement une déchirure centrale du périnée et l'enfant fut expulsé rapidement par cette ouverture.

Je n'avais jamais vu cette variété de déchirure, j'avais probablement lu les trois ou quatre lignes qui leur sont consacrées dans les manuels classiques; mais en assistant à l'accouchement par cette voie anormale, je fus très surpris. Après la délivrance qui a été faite par la même voie, j'ai examiné soigneusement le périnée. La déchirure, d'une forme irrégulière, commençait un peu en arrière de la fourchette et s'étendait jusqu'à l'anus. Le sphincter anal était atteint de sorte que l'extrémité inférieure du rectum était pour ainsi dire disséquée dans la moitié de sa circonférence et sur une hauteur d'un pouce. Le lendemain, j'ai pratiqué la périnéorrhaphie et la guérison se fit rapidement.

Le 17 mai 1895, je fus appelé près la même dame pour son second accouchement. Le travail marchait de la même façon

que la première fois. Après une contraction un peu énergique, la tête venait fortement presser sur le périnée et menaçait de produire une rupture. J'ai introduit alors dans le vagin, sous la tête du fœtus, une branche de forceps et je m'en suis servi comme d'un levier pour diriger la tête en avant. Je prévoyais une déchirure banale du périnée plus ou moins étendue, mais les tissus résistaient bien et l'accouchement fut terminé assez rapidement. Le périnée et la vulve sont restés intacts. Pour expliquer ce cas de déchirure centrale, j'ai pu seulement noter que le bassin était large et que le coccyx, à cause de ses petites dimensions et de sa faible courbure, n'opposait pas une résistance suffisante dans la période du dégagement de la tête.

OBSERVATION XXIII

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.
Par M. Flesch.

(Traduit dans *Centralblatt für Gynäkologie* 1895, p. 1177.
Obs. I)

La femme W..., âgée de 19 ans, est enceinte pour la première fois. Le travail durait depuis 18 heures et la tête venait appuyer sur le périnée. Après une accalmie prolongée les contractions utérines sont devenues brusquement très énergiques et, sans que la femme poussât trop fort, le périnée venait de se rompre au niveau du bord antérieur de l'orifice anal. La sage-femme me fit alors appeler, et j'ai pu constater que la vulve était absolument intacte, le périnée étant fortement

attiré en avant. La tête fœtale apparaissait à travers l'orifice anal qui d'ailleurs était méconnaissable; il se présentait sous la forme d'un orifice irrégulier dont le grand diamètre mesurait 6 cm. Un examen rapide me fit constater qu'il s'agissait de la rupture de la cloison recto-vaginale et de la partie postérieure du périnée. Il y avait à craindre une déchirure plus étendue du rectum et pour l'éviter j'ai prolongé en avant la déchirure périnéale sur une longueur de 3 cm. L'expulsion du fœtus se fit aussitôt, suivie de la délivrance. La poche des eaux était intacte à mon arrivée, je l'ai rompue pendant le toucher. La déchirure avait une direction rectiligne, le sphincter était atteint dans toute sa hauteur. J'ai pratiqué la périnéorrhaphie immédiate : suture au catgut pour la muqueuse, à la soie pour le sphincter. Le neuvième jour on enlève les fils, la plaie est cicatrisée mais il s'est formé une rectocèle vaginale. Celle-ci retrecède lentement et après six semaines la femme pouvait être considérée comme guérie.

En analysant les causes de cet accouchement anormal, l'auteur rappelle que déjà pendant la grossesse il avait eu l'occasion de constater chez cette femme une rectocèle vaginale; de plus, pendant l'accouchement même, la parturiente souffrait de rétention d'urine et l'on peut supposer que la contraction de l'orifice vulvaire a contribué à diriger la tête en arrière.

OBSERVATION XXIV

Arrachement de l'hymen intact. Déchirure centrale du périnée.

Par M. Flesch.

(Traduit dans *Centralblatt für Gynakologie* 1895, p. 1179.

Obs. II.)

La femme F..., âgée de 19 ans, primipare, est accouchée

dans la nuit sans aucune assistance médicale. Ce n'est qu'après l'accouchement qu'on fit appeler une sage-femme et un médecin. L'aspect des parties génitales était le suivant. En arrière de l'orifice urétral pendait un lambeau cutané d'une coloration bleuâtre et long de 1 cent. 1/2 Au milieu du lambeau se trouvait un second orifice de 8 millim. de diamètre et qui n'était autre que l'orifice hyménal. La déchirure commençait en arrière de ce lambeau, et elle séparait la muqueuse vaginale de la surface cutanée du périnée. Le trait de la déchirure se prolongeait au niveau de l'insertion de la petite lèvre gauche, de sorte que cette dernière était presque séparée de l'orifice vulvaire. J'ai pratiqué la périnéorrhaphie immédiate et la guérison a eu lieu sans accidents.

OBSERVATION XXV

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.

Par M. Sizinski.

(Traduit dans *Journal acoucherstva i jenskih boleznei.*

Saint-Pétersbourg 1895, p. 441.)

La nommée Ch .., âgée de 26 ans, primipare, est entrée à l'hôp. de Péterhof, le 8 août 1894.

Elle n'a jamais été malade. Ses dernières règles datent de novembre 1893. A l'examen on ne trouve rien d'anormal du côté du bassin, mais on remarque la longueur inaccoutumée du périnée. Le fœtus se présente en OJGA et à 9 heures du matin la dilatation est complète.

Pendant la période d'expulsion le périnée est très tendu et

aminci, surtout dans la région anale. La sage-femme fait deux incisions latérales partant de la commissure postérieures et longues de 1 cm., mais avec une nouvelle contraction utérine, le périnée se rompt dans sa partie centrale, et on peut voir par l'orifice anormal le nez et une partie de la face du fœtus. Pendant les contractions suivantes la tête et ensuite le tronc sont expulsés par la déchirure centrale. La délivrance a eu lieu dix minutes après l'accouchement par la même voie. Le travail a duré en tout 12 heures, la période d'expulsion une heure. Le poids du fœtus est de 3,650 gr. Les diamètres de la tête sont :

Diamètre grand oblique, 13,5 ; diamètre grand transversal, 9 centimètres ; diamètre petit transversal, 8 1/4 cm.

La déchirure centrale commence à 2 centimètres en arrière de la fourchette et se prolonge jusqu'à l'anus. Sa forme est irrégulièrement quadrangulaire, ses bords très déchiquetés. Du côté du vagin, la déchirure présente deux branches latérales longues de 1 cent. 1/2 et 2 cent. 1/2 ; on trouve encore plusieurs autres déchirures superficielles, notamment au niveau de l'orifice urétral. Le sphincter anal est intact. Après avoir incisé le pont entre la fourchette et la déchirure et régularisé les bords de la plaie ; j'ai pratiqué la périnéorraphie immédiate. Le quatrième jour il s'est produit une ascension de la température (38°9), car la suture n'avait pas pris et plusieurs lambeaux sphacelés se sont éliminés. La cicatrisation était terminée quinze jours après l'opération, mais il restait une petite fistule périnéo-vaginale. Cette fistule n'était pas encore guérie le 30 septembre, quand la malade a quitté le service.

OBSERVATION XXVI

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.
Par Em. Kahn.

(Traduit dans *Centralblatt für gynækologie* 1895, p. 625.)

La nommée P. . . , âgée de 19 ans, primipare, est entrée à l'hôpital Saint-Jacob, le 23 novembre 1894. Six jours avant elle avait accouché d'un enfant vivant sans avoir été assistée par un médecin ou une sage-femme. A l'examen, on constate que la vulve présente un orifice circulaire, qui ne laisse passer qu'un seul doigt. L'hymen est remarquable par ses petites dimensions, le périnée au contraire est plus long que dans les cas normaux. Il présente dans sa partie moyenne une déchirure presque rectiligne, longue de 4 cm. L'orifice anal est intact. Les mensurations suivantes ont été faites : du clitoris à l'anus : 11,5 cm. ; du clitoris à l'extrémité supérieure du vestibule, 3 cm., hauteur du vestibule 5 cm. ; de la fourchette à l'extrémité antérieure de la déchirure, 2,5 cm. ; longueur de la déchirure, 4 cm. ; de la déchirure à l'anus, 1 1/2 cm. Au toucher on trouve sur la paroi postérieure du vagin une déchirure centrale qui correspond à l'orifice périnéal.

Après avoir sectionné le pont entre la fourchette et la déchirure, j'ai pratiqué le 6 décembre, c'est-à-dire vingt jours après l'accouchement la périnéorrhaphie. Deux plans de suture à la soie et réunion par première intention. La longueur du périnée après la guérison est de 2 cent. 1 1/2.

OBSERVATION XXVII

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.

Par Matthæi.

(Traduit dans *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1894, p. 418.

Obs. 1.)

La nommée F...; âgée de 34 ans, est déjà accouchée deux fois normalement en 1883 et en 1885. A la suite de ces deux couches, elle eut un prolapsus vaginal très prononcé pour lequel elle fut opérée en 1888.

En 1894, elle devient enceinte pour la troisième fois. Quand le médecin fut appelé, il a constaté une déchirure centrale dans laquelle s'est engagé un pied du fœtus qui se présentait par le siège. Les contractions étaient très énergiques et, avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, la déchirure s'est agrandie et le fœtus est expulsé jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Une nouvelle contraction fait dégager les épaules, la tête seule étant retenue, l'occiput tourné vers le pubis.

Le cordon ne battant plus, on a extrait la tête avec toutes les précautions pour ne pas agrandir les lésions périnéales. L'enfant fut extrait mort, son poids et les diamètres de la tête montraient qu'il était à terme. La déchirure centrale commence à 3 centimètres en arrière de la fourchette, elle est longue de 9 centimètres et s'étend jusqu'à l'anus. Les bords de la plaie sont irréguliers et très écartés; on peut introduire toute la main dans cet orifice et pénétrer dans le vagin. Le sphincter anal est intact. Au niveau du pont périnéal qui a résisté, on voit deux cicatrices : une plus grande du côté de la face cutanée, l'autre plus petite sur la paroi postérieure du vagin, tout près

de son orifice vulvaire. Ces cicatrices sont les traces de la colpopérinéorrhaphie faite en 1888.

La paroi postérieure du vagin présente deux déchirures profondes : une droite longue de 3 centimètres, et une autre située à gauche longue de 7 centimètres; cette dernière se prolonge en avant vers la partie moyenne de la petite lèvre gauche.

Après avoir régularisé la plaie, j'ai fait la suture immédiate, sans sectionner le pont antérieur. Six semaines après l'opération, la cicatrisation était terminée, mais il restait une petite fistule vaginopérinéale à l'endroit de l'extrémité antérieure de l'ancienne déchirure. Le périnée ne mesurait après la guérison que 7 cent. 1/2. La pelvimétrie a donné les résultats suivants :

D. spinarum, 24 cm.; D. tr., 32,5 cm.; conjugata externa, 18 cm. L'arcade pubienne est large, le sacrum ne présente rien de particulier, le promontoire est à peine accessible. L'inclinaison du bassin, mesurée d'après le procédé de Prochownick, forme un angle de 34° seulement.

OBSERVATION XXVIII

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par la déchirure.

Par Mathæi.

(Traduit dans *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1864, p. 148.

Obs. II.)

La nommée T... est tertipare. Les deux premiers accouchements se sont passés normalement. Dans le septième mois de sa seconde grossesse, elle a fait une chute sur le périnée

qui avait occasionné une lésion légère de la muqueuse vaginale guérie par le repos au lit. Cet accident ne l'a pas empêchée d'accoucher normalement d'un enfant vivant et à terme. Pour son accouchement actuel, le travail aurait marché d'une façon très rapide. Sous l'influence de deux violentes contractions, la tête venait appuyer sur le périnée; ce dernier était très distendu et bombait fortement en arrière. Avant qu'on ait eu le temps de soutenir le périnée il s'est produit, sous l'action d'une troisième contraction, une déchirure centrale. La tête s'est engagée aussitôt dans cet orifice, et l'accouchement fut terminé par cette voie anormale. Le même jour, la femme fut transportée à la clinique. La vulve était intacte; au niveau de la fourchette, on voyait une petite cicatrice, trace probable du traumatisme dont nous avons parlé plus haut. La déchirure centrale commençait à 2 centimètres en arrière de la fourchette et s'étendait jusqu'à l'anus. En avant, elle présentait un prolongement qui suivait la face externe de la grande lèvre gauche jusqu'au niveau du capuchon du clitoris. Du côté du vagin, il y avait deux déchirures au niveau de sa paroi postérieure : celle du côté gauche, plus longue, était parallèle au trajet du prolongement labial de la déchirure cutanée, de sorte que la grande lèvre gauche était entièrement séparée de son insertion dans une étendue de 7 centimètres environ.

J'ai pratiqué la périnéorrhaphie immédiate et la cicatrisation s'est faite par première intention.

L'examen ultérieur a démontré que le bassin osseux était absolument normal, ainsi que les parties molles; l'inclinaison du bassin formait un angle de 55°.

OBSERVATION XXIX

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par l'orifice vulvaire. Par Fleischl.

(Traduit dans *Pester Med. Chir. Presse*, 1893, p. 928.)

Le 4 mai 1893, à 3 heures du soir, le docteur F... a eu à examiner à la polyclinique de la Charité (de Berlin) une primipare, âgée de 31 ans. Le bassin était normal, la tête engagée en OIDA, la poche des eaux rompue depuis le matin ; les bruits du cœur du fœtus étaient bons. A 8 heures du soir, le docteur F... fut appelé de nouveau. A son arrivée, il trouve la tête à la vulve, mais le périnée est fortement distendu, luisant, infiltré, d'une couleur livide et sa longueur est de 13 centimètres.

Le liquide amniotique est verdâtre, les bruits du cœur du fœtus montent à 184 ; la température de la parturiente est de 38°6, le pouls à 120. On prévient immédiatement l'assistant. Sur la partie centrale du périnée se forme une tache d'un bleu foncé, la peau cède la première, de sorte que le fond de la plaie est formé par du tissu musculaire. Cinq ou six minutes plus tard la déchirure se complète ; elle est grande au début comme un kreuzer, ensuite comme un thaler (5 francs environ), et il s'écoule par son orifice un liquide amniotique verdâtre. La tête fœtale est également visible par cet orifice. L'assistant fait une longue incision latérale droite partant de la commissure postérieure, et l'accouchement est terminé presque aussitôt par l'orifice vulvaire ainsi agrandi. L'enfant est très cyanosé, la délivrance est faite une demi-heure après l'accouchement. Les bords de la déchirure centrale sont irrég-

guliers et déchiquetés. On pratique la périnéorrhaphie immédiate mais la réunion ne s'est pas faite et on a été obligé de procéder plus tard à une nouvelle opération.

OBSERVATION XXX

Thrombus de la vulve. Déchirure centrale superficielle du périnée.

(Extrait de la clinique de M. le professeur Tarnier. *Journal des sages-femmes*, 1892, p. 145.)

Au numéro 25 est une primipare qui a eu une présentation « du sommet en OïDP. La tête était profondément engagée. Cette femme a ressenti les premières douleurs le 13 mai 1892 à 11 heures du soir. La dilatation était bientôt de la dimension d'une paume de main. A 6 heures du soir la dilatation était complète et l'accouchement a eu lieu à 7 h. 20 du soir. L'enfant était vivant. Pendant l'accouchement il s'est produit une déchirure centrale du périnée et en second lieu on a constaté la formation d'un thrombus de la vulve. »

« Cette déchirure n'a intéressé que la peau. C'est une déchirure incomplète. Elle a formé une plaie de 2 centimètres environ et au dessus de cette plaie on aperçoit les tissus (non déchirés) formant le plancher du périnée. Cette plaie est très près de l'orifice anal, c'est comme une fissure anale, plus longue que la fissure anale de la chirurgie. »

« Nous soignerons cette malade qui guérira certainement. »

OBSERVATION XXXI

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par l'orifice vulvaire. Par Taranoff.

(Traduit dans *Gazetta Meditżina*, Saint Pétersbourg, 1892, p. 18. Obs. I.)

La nommée L... âgée de 23 ans, primipare, est entrée à la clinique le 11 octobre 1890 à 3 h. 50 du matin. Elle a eu le typhus à l'âge de 21 ans. Ses dernières règles datent du 18 décembre 1889. La taille de la femme est de 151 cm., la hauteur de l'utérus (au dessus du pubis) 27 cm., le périnée est très long. La pelvimétrie donne les résultats suivants: entre les épine il., 24 cm.; entre les crêtes il., 27.5 cm.; conjugata externa, 19 cm.; conjugata diagonalis n'a pu être mesuré à cause de l'engagement de la tête. Le fœtus se présente en OIGA, la poche des eaux est rompue. La période de dilatation a duré dix heures; l'expulsion, vingt-huit minutes. Pendant l'expulsion le périnée était très distendu, mais comme l'orifice vulvaire se dilatait graduellement je ne croyais pas qu'il y eût à craindre une déchirure, quand sous l'influence d'une forte contraction utérine le périnée a brusquement cédé dans sa partie centrale. A ce moment avec ma main j'ai achevé la déflexion de la tête, et l'enfant vivant fut expulsé par l'orifice vulvaire. Poids de l'enfant 3.580 grammes. Les diamètres de la tête sont: diam. droit, 12 cm.; diam. grand oblique, 14.5; diam. petit oblique, 10.5; diam. grand transversal, 9 cm.; diam. petit transversal, 7 cm. La déchirure centrale commence à 2 cm. de la fourchette et se prolonge en arrière jusqu'à l'anus.

Sa longueur est de 3 cm. et elle communique avec le vagin. La paroi postérieure du vagin présente deux déchirures : une du côté droit longue de 6 cm., et une du côté gauche de 5 cm. : ces deux branches se réunissent en avant près de la commissure postérieure de la vulve. La périnéorrhaphie a été faite cinq heures après l'accouchement : treize points de suture à la soie pour la paroi vaginale dont sept pour la branche droite et six pour la branche gauche et trois points pour le périnée. Neuf jours après l'opération, la guérison était complète.

OBSERVATION XXXII

Déchirure centrale du périnée. Accouchement par l'orifice vulvaire. Par Taranoff.

(Traduit dans *Gazetta Medica*. Saint-Petersbourg, 1892, p. 18, obs. II.)

Le nommée N. ., âgée de 18 ans, primipare, a eu ses dernières règles au commencement de juin 1890. Ses premières douleurs ont commencé le 24 février 1891, à 11 h. 30 du soir. Le lendemain matin, après avoir eu une métrorrhagie, elle entre dans un asile pour femmes enceintes. Je fus appelé à examiner la femme à 3 heures du soir. La parturienne avait mauvaise mine, elle paraissait anémiée et épuisée. La température est de 37°6, le pouls faible à 96. Le cuir chevelu apparaît à l'orifice vulvaire, le périnée est très tendu, d'une couleur bleuâtre, mais non aminci. L'anus est intact mais immédiatement en avant de l'orifice anal, se trouve une déchirure centrale d'une forme semi-lunaire dont le côté concave regarde l'anus. Le cordon dont on ne sent plus les battements, fait proci-

dence par cet orifice. En explorant le vagin avec un doigt introduit par la déchirure centrale, on arrive en avant de la déchirure sur la tête et en arrière sur les mains du fœtus. Les contractions utérines sont espacées, mais énergiques; pourtant la dilatation de la vulve reste stationnaire tandis que l'orifice de la déchirure est fortement distendu. D'après les explications de la sage-femme la parturiente est dans cette situation depuis une heure. J'ai introduit deux doigts dans l'ouverture anormale et j'ai cherché à diriger la tête en avant vers l'orifice vulvaire, tandis qu'avec la main gauche, je m'efforçais à dilater ce dernier orifice. N'ayant pas réussi, j'ai pratiqué l'épisiotomie et l'accouchement fut alors terminé rapidement par la voie normale. L'enfant était mort et ne pesait que 2.080 grammes. Les diamètres de la tête sont : D. droit, 10; D. gr. oblique, 12; D. petit oblique, 8,5; D. gr. transversal, 8; D. petit transversal, 7 cm.

Trois minutes après l'accouchement a eu lieu la délivrance spontanée.

La déchirure centrale avait une forme demi-circulaire, dont le côté concave était dirigé en arrière; son diamètre antéro-postérieur mesurait 2 centimètres et son diamètre transversal, 4 centimètres. Elle était séparée de l'orifice anal par un pont de 1 centimètre, et de la fourchette par un pont de 5 centimètres. La pelvimétrie a donné les résultats suivants : entre les épines il., 24,5 cm.; entre les crêtes il., 26,75 cm.; conjugata externa, 17,5 cm.; conjugata diagonalis n'a pu être mesuré à cause de l'engagement profond de la tête. Hauteur de la symphyse, 6 centimètres.

Le périnée était très oedématié et l'opération fut remise à plus tard. A partir du troisième jour il s'est produit une ascension de la température, en même temps le bord antérieur de la déchirure centrale a commencé à se sphaceler. Ce processus

destructif a duré jusqu'au neuvième jour. A partir de ce moment la température est tombée et le travail de cicatrisation a commencé. L'opération a été faite six semaines après l'accouchement. Après avoir incisé le pont antérieur sur la ligne médiane, j'ai fait la suture par étages, au catgut du côté du vagin, à la soie pour le périnée. Malgré tous les soins antiseptiques la cicatrisation ne s'est pas faite par première intention; il restait une fistule vaginopérinéale qui ne s'est fermée que dans le courant de l'été de la même année.

OBSERVATION XXXIII

Déchirure centrale du périnée par Taranoff.

(Traduit dans *Gazetta Meditżina*. Saint-Petersbourg, 1892
p. 18. Obs. III.)

La nommée K..., âgée de 19 ans, primipare, est entrée à la clinique le 28 mars 1890, à 9 h. 25 du matin. Elle aurait été rachitique dans le très jeune âge. A commencé à marcher dans sa seconde année. Sa taille est de 151 cm., la hauteur de l'utérus (au dessus du pubis) 31 cm.

La pelvimétrie donne les résultats suivants : entre les épines il., 24,5 cm.; entres les crêtes il., 26,75; conjugata externa, 16,75; conjugata diagonalis, au vrai promontoire, 11,5; conjugata diag., au promontoire inférieur (faux promontoire), 11 cm. Les parties molles ne présentent rien d'anormal, la longueur du périnée est de 4,5 cm. Au moment de son entrée, la dilatation était de deux travers de doigt, la tête était mobile au dessus du détroit supérieur, mais elle a fini par s'engager en OIGA La dilatation a duré 18 h. 10; l'expulsion 2 h. 56,

A la fin de la période d'expulsion le périnée est très distendu, sa longueur mesure 9 cm. Dans sa partie antérieure apparaît une tache d'un rouge foncé, et pendant la déflexion de la tête le périnée se rompt en cet endroit. La déchirure est centrale au moment de sa formation, mais la commissure postérieure cède à son tour, de sorte que la lésion prend l'apparence d'une déchirure banale.

L'enfant est vivant et pèse 3.510 grammes. Les diamètres de la tête sont : d. droit, 12,5 cm.; d. gr. oblique, 14,75; d. petit oblique, 10; d. gr. transversal, 9; d. petit transversal, 7 cm. La déchirure a une forme demi-circulaire dont le côté concave regarde en avant; son extrémité droite commence au niveau même de la vulve, tandis que son extrémité gauche en est distante de $1/4$ cm. De plus, il existe une déchirure superficielle de la grande lèvre gauche longue de 4 centimètres. La périnéorrhaphie a été faite quinze heures après l'accouchement, six points de suture pour la plaie labiale, quatre pour la suture vaginale et trois pour la suture du périnée. La réunion s'est faite par première intention.



HISTORIQUE

L'histoire des déchirures centrales du périnée est relativement récente. Les premiers cas que l'on rencontre dans la littérature médicale datent de la fin du dernier siècle, et une des premières observations est celle de Nedey (de Besançon) communiquée à l'Académie de chirurgie en 1778. On peut encore citer les cas de Coutouly (1788) de Joubert, l'intéressante observation de Thiébault (1) etc. Malheureusement la plupart de ces observations étaient fort incomplètes, de sorte que en 1830 la plupart des accoucheurs niaient même l'existence des déchirures centrales du périnée. A la séance de la Société Royale de médecine, tenue le 1^{er} juin 1830, Capuron a formellement déclaré que pour sa part il ne croyait pas à la possibilité de ces déchirures. Combattue par Moreau, cette opinion

(1) *Journal de la Société de Médecine*, t. XXXIV, p. 801 (voir aussi thèse de Morand).

n'était pas loin d'être partagée par Baudelocque et Dubois. Mais il est à remarquer que ces accoucheurs distingués niaient surtout la possibilité d'accouchements par l'orifice de la déchirure centrale. M^{me} Lachapelle dans son ouvrage paru en 1825 relate six observations personnelles de la déchirure centrale du périnée avec accouchement par la voie normale, c'est-à-dire par l'orifice vulvaire. Depuis, de rares observations ont été publiées dans différents recueils français et étrangers. Vers 1868 deux cas intéressants sont communiqués par Stoltz et Depaul ; ces deux observations, ainsi que plusieurs autres, sont réunies dans la thèse de Morand parue en 1869.

En 1885, à propos de quatre observations personnelles, Charpentier fait paraître dans les *Archives de Tocologie* une étude très documentée sur cette variété des déchirures. En réunissant toutes les observations connues, il arrive au total de 56 cas authentiques. Le dernier travail publié sur ce sujet est la thèse de Delcroix de 1891, complétant la statistique de Charpentier par dix-huit observations nouvelles, dont plusieurs communiquées par M. Ribemont-Dessaignes.

Dans le chapitre précédent, nous publions quinze observations parues depuis 1891 et dix-huit cas inédits observés à la clinique Baudelocque.

DÉFINITION

On a donné une définition, tantôt trop étendue, tantôt trop exclusive, de la déchirure centrale du périnée. Il est en effet trop exclusif de ne désigner sous ce nom que les déchirures siégeant au centre ou près du centre du périnée. De même, est trop exclusive l'opinion de Charpentier et de Morand, d'après lesquels l'épaisseur totale du plancher pelvien doit être atteinte. En effet, Tarnier, dans une de ses cliniques de 1892, décrit un cas de déchirure centrale incomplète, c'est-à-dire où la peau seule était intéressée. Il faut donc entendre sous le nom de déchirure centrale, toute déchirure siégeant entre l'anus et la fourchette de la vulve. Ainsi définies, les déchirures centrales présentent deux grandes variétés, suivant que la déchirure est superficielle ou intéresse la totalité du plancher périnéal.

La déchirure superficielle atteint le plus souvent la peau, cas où il est plus facile de l'observer ; mais elle peut siéger au niveau de la muqueuse vaginale et

alors elle reste souvent méconnue. Dans des cas rares, comme dans notre observation III, la peau et la muqueuse vaginale sont également atteintes; le tissu musculaire reste intact. Ces faits sont à rapprocher des ruptures sous-cutanées des fibres musculaires, où, au contraire, les parties molles superficielles restent indemnes. On sait le rôle important que jouent ces ruptures sous-cutanées dans la pathogénie des prolapsus génitaux.

La seconde variété des déchirures centrales a une plus grande importance; elles intéressent les trois plans du périnée antérieur, peau, plan musculo-aponévrotique et muqueuse vaginale, communiquant librement de l'extérieur du périnée avec le canal vaginal. On pourrait les appeler déchirures centrales pénétrantes. Dans les cas classiques, la déchirure centrale pénétrante siège entre la fourchette et l'anus, et il faut considérer comme une complication le cas où elle s'étend au sphincter anal; dans d'autres cas, la déchirure est centrale au moment de sa formation, mais ensuite elle se prolonge en avant, ou bien la fourchette cède à son tour, et ainsi la déchirure centrale prend l'apparence d'une déchirure banale: tels sont les cas VI, XV, XXIII. Dans l'observation III, la déchirure ne s'est complétée qu'au moment du dégagement des épaules. Il n'y a donc aucune raison pour séparer ces cas des déchirures centrales proprement dites.

Il est plus difficile de se prononcer au sujet de ces faits singuliers où la partie fœtale, après avoir perforé

la cloison recto-vaginale, s'engage dans l'orifice anal. Tels sont les cas de Kaltenbach (1) et de Piering (2). Celui de Flesch, rapporté dans l'observation XXIII, où l'expulsion du fœtus, après perforation de la cloison recto-vaginale, s'est faite entièrement par l'orifice anal largement déchiré, en est un exemple typique. Il est évident que ces cas, très rares, ne peuvent pas être considérés comme des déchirures centrales du périnée ; pourtant, au point de vue de l'étiologie et du mécanisme, ils présentent avec ces dernières les plus grandes analogies.

(1) *Centralblatt für Gynäkologie* 1883.

(2) *Journal d'accouchements*. Liège 1892.

SIGNES ET SYMPTOMES

Quand on assiste à la formation d'une déchirure centrale du périnée, on peut observer, dans beaucoup de cas, que le périnée commence par s'allonger et s'amincir ; il peut dépasser le double de sa longueur et sa minceur est quelquefois telle, comme dans nos observations III et XI, qu'on peut voir par transparence la tête du fœtus. Dans d'autres cas, il se forme au niveau du périnée infiltré une tache d'une coloration foncée, bleuâtre ou rouge, et c'est au niveau de cette tache que se produit l'effraction de la peau.

Quand la déchirure pénétrante est formée, il s'écoule quelquefois par son orifice une petite quantité de liquide amniotique, et l'on voit, par cette ouverture anormale, la partie fœtale se présenter. Souvent, c'est le cuir chevelu ou une partie de la face, suivant le degré de la déflexion de la tête. Dans une de nos observations (II), les deux lèvres du fœtus venaient successivement faire hernie dans l'orifice de la déchirure.

rure, et sa bouche se trouvant ainsi en communication avec l'extérieur, l'enfant a fait plusieurs mouvements inspiratoires et a même poussé un léger cri.

Dans plusieurs cas cités par Charpentier (1), un bras accompagnait la tête et, tandis que cette dernière se dégageait par la vulve, le coude venait perforer le périnée dans sa partie centrale. Dans l'observation XXIII, c'est une anse du cordon qui faisait procidence par l'orifice de la déchirure centrale, et l'enfant est venu mort.

Examinées après l'accouchement, les déchirures centrales présentent des aspects très variés. Les déchirures superficielles sont généralement de petite dimension ; dans le cas XVI il s'est formé deux déchirures, l'une en arrière de la fourchette, et l'autre un peu en avant de l'anus. Les déchirures pénétrantes partent tantôt de la muqueuse vaginale, et la lésion s'étend au plan musculaire et à la peau ; tantôt c'est cette dernière qui cède en premier lieu. La déchirure centrale peut siéger au niveau du raphé, mais souvent elle s'en écarte plus ou moins ; sa direction peut couper la ligne médiane très obliquement, comme le montre une figure de M. Ribémont. Dans deux de nos observations XXXII et XXXIII, la déchirure présentait une forme demi-circulaire et le côté concave était dirigé, soit vers l'anus, soit vers la commissure vulvaire.

L'aspect de la plaie varie encore suivant que l'accouchement s'est terminé par la voie normale ou par l'ori-

(1) *Archives de Tocologie* 1885, p. 968.

fice de la déchirure centrale. Dans le premier cas, la déchirure ressemble souvent à une simple boutonnière de petite dimension ; l'orifice vulvaire a l'aspect habituel, caractéristique d'un accouchement récent, et il existe quelquefois des lésions de la fourchette indépendantes de la déchirure centrale. Quand, au contraire, l'enfant a été expulsé par l'ouverture de la déchirure, l'aspect de celle-ci est plus irrégulier : ses bords sont contus, machés et souvent écartés l'un de l'autre ; son orifice peut être linéaire, mais il peut aussi avoir une forme elliptique ou irrégulièrement quadrangulaire. Quelquefois, la plaie périnéale s'irradie dans plusieurs directions, et elle prend alors la forme d'un Y, d'une étoile, etc. Dans le cas XXVIII la déchirure se prolongeait au niveau de la grande lèvre gauche, jusqu'au capuchon du clitoris, de sorte que cette lèvre se trouvait séparée de sa base d'insertion sur une étendue de 7 centimètres environ. Dans un cas de Stoltz, l'angle supérieur de la plaie s'étendait un peu latéralement sur la grande lèvre droite, tandis qu'inférieurement la déchirure s'étendait de deux côtés, immédiatement en avant de l'anus, formant deux angles latéraux de 2 centimètres de longueur. Dans un cas de Jacobson, cité par Charpentier, de petites déchirures transversales venaient aboutir à la déchirure centrale, ce qui donnait à l'ensemble de la plaie l'aspect d'une croix.

On a écrit souvent que la plaie affectait la forme d'un entonnoir, c'est-à-dire qu'elle se rétrécissait de la peau au vagin. Un autre fait intéressant, qui ressort de nos observations, c'est l'aspect de la plaie

au niveau de la paroi postérieure du vagin. Dans beaucoup de cas, la déchirure ne siège pas au niveau de la ligne médiane, à cause de la plus grande résistance de la colonne postérieure du vagin, mais il existe deux déchirures de chaque côté de cette colonne. Nous en trouvons des exemples dans les observations XX, XXV, XXVIII, XXXI. La déchirure vaginale peut se prolonger plus ou moins en avant, du côté des petites ou des grandes lèvres; on rencontre de plus, au niveau de la paroi antérieure du vagin et de la vulve, des petites déchirures superficielles indépendantes de la lésion centrale.

Dans deux cas de Charpentier et de Tarnier (Obs. XXX), la vulve avait échappé à la déchirure, mais elle présentait un thrombus d'une des grandes lèvres.

Presque tous les auteurs ont noté le retrait considérable que subit la plaie aussitôt après l'accouchement. Les tissus du périnée reviennent sur eux-mêmes, et la plaie diminue à tel point qu'on a peine à comprendre comment le fœtus a pu traverser un orifice aussi étroit.

ÉTIOLOGIE

Il n'existe jusqu'ici aucune statistique donnant des renseignements sur la fréquence des déchirures centrales du périnée. Celle de la clinique Baudelocque nous a donné les résultats suivants : sur un total de 19.000 accouchements qui ont été faits dans ce service, depuis l'ouverture de la clinique en 1889, jusqu'au 1^{er} juillet 1899, on trouve en tout 18 cas de déchirures centrales du périnée, dont 8 superficielles. En mettant de côté ces dernières, nous obtenons la proportion d'une déchirure centrale sur 2.000 accouchements.

Dans aucun de ces cas, l'accouchement ne s'est fait par l'orifice de la déchirure, mais il y a lieu de tenir compte des soins, dont sont entourées les parturientes dans un service de clinique, et plus d'une fois on a été obligé d'intervenir d'une façon active en sectionnant le pont périnéal. D'ailleurs, les déchirures centrales avec expulsion du fœtus par cette ouverture anormale ne sont pas absolument rares ; ainsi pour la période

de neuf dernières années nous publions ici 10 cas nouveaux, où le fœtus a suivi cette voie. En tenant compte de 74 observations réunies par Charpentier et Delcroix, nous arrivons donc au total de 97 cas authentiques.

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, l'âge de la parturiente ne joue aucun rôle dans cette question. Ainsi sur 24 cas nous trouvons 19 femmes âgées 18 à 28 ans et 4 seulement ayant dépassé 28 ans. Il en est de même du volume du fœtus, qui est très variable. nous avons pu relever des poids extrêmes de 2.240 et de 4.720 grammes.

La présentation du sommet est de beaucoup plus fréquente : une seule présentation du siège sur 24 cas. Sans trop insister nous devons noter que sur 15 cas où la variété de la position était indiquée, nous trouvons, avant que la rotation soit faite, 8 antérieures et 7 postérieures.

Dans plusieurs cas la déchirure centrale était occasionnée par la procidence ou la présence d'un bras à côté de la tête, et c'est le coude qui perforait le périnée. Tels sont les cas de Charpentier, Krøner, Breiter, Joffrion (1), etc.

La primiparité joue dans ces déchirures le même rôle que dans les déchirures ordinaires du périnée : nous comptons 21 primipares contre 3 multipares.

Les conditions analysées jusqu'ici n'ont qu'une importance secondaire. Les causes déterminantes in-

(1) Joffrion. Thèse de Paris, 1887.

voquées par différents auteurs sont très nombreuses, et peuvent être groupées de la façon suivante :

A. — Causes se rattachant à la conformation spéciale du bassin osseux.

1. Direction anormale du sacrum et du coccyx ;
2. Hauteur de la symphyse pubienne ;
3. Étroitesse de l'arcade pubienne ;
4. Faible inclinaison du bassin.

B. — Causes se rattachant à la conformation des parties molles ;

1. Longueur exagérée du périnée ;
2. Orientation anormale de la vulve ;
3. Résistance insuffisante des tissus ;
4. Rigidité de l'hymen ou de l'orifice vulvaire.

C. — Anomalie des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux.

I

La direction anormale du sacrum est signalée par Velpeau et Dupuytren. Ce sont les cas, où la courbure de la face concave du sacrum est trop accusée, de sorte que la pointe du sacrum est reportée en arrière, et le plan du détroit inférieur est plus incliné en arrière qu'à l'état normal. Moreau cite de même un cas où la rupture centrale était due à la direction rectiligne du sacrum en bas et en arrière.

La hauteur de la symphyse pubienne varie normalement entre 4 et 5 c., mais il existe des symphyses dont la hauteur atteint 5 1/2, 6 et 8 c. Cette disposition doit créer une difficulté réelle dans le mécanisme de l'accouchement, parce que l'occiput ne peut se placer sous la symphyse, le mouvement de la déflexion ne peut pas se produire, et la tête vient appuyer dans ce cas directement sur le périnée. L'étroitesse de l'arcade pubienne doit jouer exactement le même rôle; elle n'est notée que dans un seul cas, celui de Bigelow (1).

La faible inclinaison du bassin est indiquée par les auteurs allemands. L'angle que forme l'inclinaison du bassin avec le plan horizontal, la femme étant dans le décubitus dorsal, est en moyenne de 56° à 60° (2). Quand cet angle est sensiblement au dessous de la normale, il en résulterait une disposition spéciale de la vulve qui est orientée en haut et en avant.

II

Parmi les causes se rattachant à la conformation des parties molles, il faut citer en premier lieu cette disposition anormale de la vulve et la longueur exagérée du périnée. La longueur moyenne du périnée antérieur est assez difficile à déterminer. Il existe sur ce sujet des recherches de Schultze, Föster et Boissard (3).

(1) *Centralblatt für Gynäkologie* 1878.

(2) Prochownick. *Archiv für gynäkologie* 1882.

(3) Boissard. Thèse de Paris, 1884.

Schultze en mesurant avec le fil a trouvé une longueur moyenne de 3,8 cm., Föster une longueur plus faible : 2,7 cm. chez les nullipares et 2,1 cm. chez les multipares. M. Boissard a mesuré la distance séparant l'extrémité inférieure de la symphyse pubienne de l'anus, d'une part, et de la commissure postérieure de la vulve d'autre part. Il résulte des chiffres donnés par lui que la longueur moyenne du périnée antérieur est de 3,5 cm.

Ce dernier auteur a particulièrement attiré l'attention sur la disposition anormale de la vulve. « La commissure postérieure de la vulve peut se rapprocher si près du bord inférieur de la symphyse que l'extrémité supérieure de la fente vulvaire commence sur la face antérieure du pubis, le capuchon du clitoris partant presque du bord supérieur de la symphyse. On disait communément que les femmes ainsi conformées étaient barrées ; mais, ainsi que notre maître Pinard, nous n'avons pu trouver de ces symphyses qui mesurent 6, 6, 7 centimètres, aussi doit-on dire que dans ces cas ce n'est pas la hauteur des symphyses qui constitue l'obstacle à la terminaison de l'accouchement, mais bien l'orientation vulvaire.

« La femme étant couchée dans le décubitus dorsal et découverte, l'accoucheur pourra déjà, par la simple inspection, diriger son attention de ce côté ; mais c'est surtout par le toucher qu'il pourra arriver à avoir une notion plus précise sur l'orientation vulvaire. En effet, la femme étant couchée sur le dos, le doigt qui pratiquera le toucher ne devra plus suivre le bord interne

des cuisses, mais bien se diriger d'avant en arrière et de haut en bas, le coude dirigé pour ainsi dire en l'air ; pour parcourir alors la longueur du conduit vaginal, l'index devra s'enfoncer d'abord directement, puis se recourber et dans certains cas il pourra être arrêté dans son parcours par la commissure postérieure de la vulve, qu'on devra alors moins déprimer, que refouler en bas et en arrière. »

Chez la femme, dans le décubitus dorsal, le plan du détroit inférieur est légèrement dirigé en bas et en arrière, tandis que le plan de l'orifice vulvaire regarde en bas et en avant. D'autre part il est démontré aujourd'hui que la tête du fœtus traverse l'excavation du bassin osseux suivant une ligne presque droite, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Arrivée sur le plancher périnéal, la tête change de direction, et traverse le bassin mou suivant une ligne qui coupe la direction précédente à angle presque droit, et qui est dirigée de bas en haut d'arrière en avant. Il est évident que cette dernière direction dépend directement de la disposition de la vulve. Si l'orientation de cette dernière en haut et en avant est accentuée, si le périnée dépasse la longueur normale, on peut prévoir que l'effort utérin et abdominal sera transmis non vers l'orifice vulvaire, mais vers le centre du périnée.

La mauvaise qualité des tissus joue un certain rôle dans la formation des déchirures centrales. Chez certaines femmes on voit de nombreuses et larges vergetures au niveau de l'abdomen et des parties supérieures des cuisses ; ces tissus présentent pour ainsi dire un

excès d'élasticité. Le périnée se creuse en profondeur, se distend et forme une espèce de calotte mince et peu résistante autour de la tête fœtale.

D'autres fois le périnée est fortement œdematié, l'infiltration séreuse lui enlève son élasticité et favorise ainsi les déchirures. Le tissu cicatriciel gêne également l'ampliation du périnée. Dans le cas de Stadfeldt (1) une déchirure centrale s'est produite chez une secondipare, qui lors de son premier accouchement avait eu le périnée largement déchiré, cicatrisé depuis.

M. Budin attribue une grande importance à la résistance de l'hymen et de l'orifice vaginal. Chez certaines primipares on peut constater l'intégrité de l'hymen au moment de l'accouchement; le plus souvent il cède à un moment donné sous les efforts de l'expulsion. Mais quelquefois l'anneau hyménéal oppose une grande résistance, la tête appuie surtout sur le périnée, et c'est la paroi vaginale postérieure qui se rompt immédiatement en arrière de cet anneau. La tête fœtale s'engage dans la déchirure vaginale, les plans sous-jacents, muscles et peau cèdent à leur tour, et la déchirure centrale est ainsi constituée.

III

Dans le troisième groupe on peut ranger les contractions anormales de l'utérus et des muscles abdo-

(1) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1881.

minaux ; les contractions utérines peuvent devenir brusquement très énergiques et rapprochées, de sorte qu'elles se succèdent presque sans intervalle ; elles sont alors accompagnées de violents efforts de la femme, et il devient impossible de prévenir une lésion du périnée.

Pour être complet, nous devrions encore mentionner l'écartement des ischions, l'amplitude exagérée du bassin, le petit volume du fœtus, le décubitus dorsal, mais l'influence de ces dernières causes n'est rien moins que démontrée.

IV

On voit donc que les causes invoquées pour expliquer la formation des déchirures centrales sont très nombreuses relativement au nombre de cas connus. Il est intéressant de rechercher quelle est l'importance relative de ces causes au point de vue de leur fréquence. Un premier fait se dégage de toutes les observations de Charpentier, de Delcroix et des nôtres ; c'est la grande fréquence de la longueur du périnée et de l'orientation anormale de la vulve. Ainsi, sur nos 19 cas, où des renseignements sur l'étiologie sont donnés, ces deux causes ont été indiquées 14 fois. Dans plusieurs cas, on a mesuré le périnée, soit pendant, soit après l'accouchement : on a trouvé des longueurs de 13, 12, 11, 13, 9 centimètres, dans les observations II, IV, VII, XIX, XXXIII, prises pen-

dant l'accouchement, et 7 centimètres dans l'observation XXVI, où la mensuration a été faite après la délivrance.

Il est vrai que plusieurs auteurs considèrent ces dispositions des parties molles comme un fait secondaire, conséquence directe d'une conformation spéciale du bassin osseux. Mais, ici, les avis sont partagés; tandis que, pour les uns, avec Charpentier, l'orientation de la vulve en haut et en avant est la conséquence d'une hauteur anormale de la symphyse pubienne, pour d'autres, notamment pour Matthæi (1), elle dépendrait de la faible inclinaison du bassin. Il est certain que l'opinion de Charpentier ne suffit pas pour expliquer tous les cas, force nous est donc de nous tenir à cette simple conclusion, que la longueur du périnée, avec orientation anormale de la vulve est la cause la plus fréquente des déchirures centrales du périnée.

Viennent ensuite la hauteur du pubis, la résistance de l'hymen et les contractions anormales de l'utérus. La hauteur de la symphyse pubienne est indiquée dans quatre ou cinq observations citées par Charpentier, la plus caractéristique est celle de Masini (2). Dans l'observation XXIV, la résistance de l'anneau hyménéal intact a certainement joué un grand rôle. « En arrière de l'orifice urétral, pendait un lambeau cutané d'une coloration bleuâtre et long de 1,5 centimètres. Au

(1) *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1894, p. 418.

(2) *Archives de Tocologie*, 1885, p. 1044.

milieu du lambeau se trouvait un orifice de 8 millimètres de diamètre à peine, et qui n'était autre que l'orifice hyménéal. La déchirure commençait en arrière de ce lambeau et séparait la muqueuse vaginale de la surface cutanée du périnée. » D'ailleurs, en analysant cette observation, l'auteur, M. Flesch, a constaté que le bassin osseux était absolument normal, ainsi que les parties molles.

L'intensité des contractions utérines vient s'ajouter aux causées précédentes ; mais quelquefois elle peut être le facteur principal d'une déchirure centrale. Tel est le cas de Succow, survenu chez une V pare (Obs. XX). La dilatation était complète, la femme depuis longtemps en travail, mais la tête restait simplement fixée au niveau du détroit supérieur. En pressant fortement sur la tête à travers la paroi abdominale, M. Succow a réussi à lui faire franchir l'excavation osseuse. Aussitôt il s'est déclaré une contraction utérine très énergique, suivie presque sans intervalle d'une seconde aussi violente, et ces deux contractions ont suffi pour produire une déchirure centrale et faire engager la tête fœtale dans cette ouverture anormale.

V

Il nous reste à présent à dire quelques mots sur deux causes spéciales qui ont été omises par la plupart des auteurs. Nous faisons d'abord allusion à l'observation XXVII. Une tertipare avait déjà accouché deux

fois normalement; pendant son troisième accouchement, il s'est produit une déchirure centrale et l'enfant fut expulsé par cette voie. Mais, après son deuxième accouchement, on a pratiqué chez cette femme la colpopérinéorrhaphie pour remédier à un prolapsus vaginal, de sorte que cette opération avait créé un périnée très long avec un orifice vulvaire étroit, conditions éminemment favorables pour la formation d'une déchirure centrale. L'auteur de l'observation, M. Matthaei, rappelle à ce propos qu'une autre fois il a été également obligé d'intervenir chez une femme chez laquelle on avait pratiqué la colpopérinéorrhaphie. Au moment de l'application du forceps le périnée mesurait chez cette femme 17 centimètres.

La seconde cause est indiquée dans l'observation XXIII. Chez une primipare, chez laquelle, pendant la grossesse, on avait constaté une rectocèle vaginale, l'enfant fut expulsé par l'orifice anal largement déchiré après perforation de la cloison recto-vaginale. Il est certain que l'existence d'un prolapsus vaginal qui suppose une faiblesse particulière du plancher périnéal, doit singulièrement favoriser la formation d'une déchirure centrale.

TRAITEMENT

Il y a lieu de distinguer le traitement préventif et le traitement curatif.

I

Lorsque la tête du fœtus rencontre un obstacle du côté du plancher périnéal, deux cas peuvent se présenter. Tantôt les contractions utérines sont énergiques, l'effort abdominal est efficace et la tête du fœtus, après avoir vaincu la résistance, produit des lésions périnéales plus ou moins étendues. D'autres fois, les contractions utérines sont faibles, l'utérus finit par tomber en inertie et le fœtus est exposé à l'asphyxie. D'un autre côté, les principales causes favorisant la déchirure centrale, la longueur du périnée et l'orientation anormale de la vulve sont facilement appréciables à la vue, et il y a des cas où l'on peut

prévoir l'imminence d'une déchirure centrale. Comme moyens préventifs on a indiqué :

1. Application du forceps ;
2. Épisiotomie ;
3. Manœuvre de Ritgen ;
4. Soutien de la tête.

L'épisiotomie est une opération qui consiste à inciser le pourtour de la vulve dans le but d'agrandir son orifice vaginal. L'incision est faite suivant plusieurs procédés. Ritgen conseillait de faire une série de petites incisions rayonnantes, mais de cette façon l'orifice vulvaire est peu agrandi. A la clinique Baudelocque, on fait généralement une ou deux incisions latéro-intérieures, longues de 1 centimètre environ. Quelques auteurs ont adopté l'incision médiane antéro-postérieure partant de la fourchette; mais avec ce procédé il y a un réel danger pour l'intégrité de l'anus, si la déchirure s'étend en arrière. Pour remédier à cet inconvénient, Tarnier opérait de la façon suivante : une lame de ciseaux est glissée à plat entre la tête et le périnée, et dirigée de telle sorte que la pointe soit en dehors de la ligne médiane, tandis que l'incision commence à la commissure sur une ligne médiane.

La manœuvre de Ritgen ou la manœuvre rectale consiste à introduire un ou deux doigts dans le rectum et à repousser en avant à travers la cloison rectovaginale la tête que l'on dirige vers l'orifice vulvaire.

Aussitôt que les grands diamètres de la tête commencent à apparaître à la vulve, il est indispensable de la maintenir et de la diriger. Les déchirures

centrales peuvent se produire tout à fait à la fin de la période d'expulsion. On applique le talon de la main contre la région pubienne, tandis qu'avec les doigts on appuie sur la tête fœtale à 1 centimètre en avant de la fourchette. On peut ainsi maintenir efficacement la tête et même augmenter sa déflexion. On a encore préconisé d'autres moyens, comme la position latérale, le soutien du périnée, le petit travail des accoucheurs, la dilatation prœfœtale faite avec trois doigts introduits dans le vagin sous la tête, etc... Ces derniers moyens sont illusoires.

Il reste à choisir entre le forceps, l'épisiotomie et la manœuvre rectale ; ces différents procédés trouvent leurs indications selon les circonstances. Quand l'expulsion marche lentement, les contractions utérines étant peu énergiques, quand le périnée est distendu mais non infiltré, en un mot chaque fois qu'il n'y a pas menace immédiate de déchirure l'application du forceps est le procédé de choix. L'application sera faite de préférence sous le chloroforme et l'extraction de la tête demandera beaucoup de précautions pour éviter les lésions du vagin. Charpentier raconte que dans un cas, au moment où il relevait les manches de l'instrument, il a vu le périnée se déchirer, la tête s'engager dans l'ouverture de la déchirure centrale, entraînant avec elle le forceps, qui faillit lui échapper des mains.

D'autres fois le cuir chevelu apparaît à la vulve et ne disparaît plus dans l'intervalle des contractions. Mais, par suite de la disposition anormale des parties molles, la tête appuie surtout sur le périnée qui est

infiltré, ou tout prêt à s'érailler. Dans ces cas il suffit de pratiquer l'épisiotomie ou au besoin l'incision de Tarnier pour voir l'accouchement se terminer rapidement. L'application du forceps est ici moins avantageuse car il sera difficile d'éviter une lésion du périnée.

II

A plus forte raison l'application du forceps est contre-indiquée quand il existe déjà une déchirure centrale et que l'accouchement ne se termine pas. Une seule fois Masini a eu recours au forceps dans ces conditions, il s'est produit une seconde déchirure au niveau de la fourchette qui est allée rejoindre la perforation centrale. Dans ces cas on pourra faire une ou deux petites incisions latérales partant de la commissure postérieure de la vulve. Mais pour peu que la tête soit éloignée de l'orifice vulvaire, que la déchirure centrale dépasse certaines dimensions, il est préférable de sectionner d'un coup de ciseaux le pont périnéal situé en avant de la déchirure. On devra d'autant moins hésiter à le faire que si ce pont reste intact, on sera souvent obligé de le sectionner après l'accouchement pour pratiquer la périnéorrhaphie. D'un autre côté cette partie du périnée risque beaucoup de céder d'elle même pendant l'expulsion du fœtus, et l'on aura alors une déchirure irrégulière, contuse au lieu d'une plaie régulière. Sur les dix cas, qui ont été observés à la

clinique Baudelocque, on a été obligé trois fois de sectionner le pont antérieur et deux fois il a cédé pendant l'extraction du fœtus.

C'est probablement pour cette raison que dans aucun de ces cas l'accouchement ne s'est fait par l'orifice de la déchirure centrale.

III

Aussitôt après la délivrance on commence par laver la région périnéale avec une solution antiseptique, et l'on se rend compte de l'étendue et de l'état de la plaie. Il est surtout important d'examiner en introduisant un doigt dans le rectum si l'anus et la cloison sont intacts.

Le traitement curatif des déchirures centrales comprend :

- 1^o Immobilisation des membres inférieurs ;
- 2^o Emploi des serre-fines ;
- 3^o Périnéorrhaphie.

Nous ne nous étendrons pas sur les deux premiers procédés. Les anciens accoucheurs se contentaient d'immobiliser les deux membres inférieurs à l'aide d'un lien, une serviette par exemple. Des succès ont été obtenus dans des cas de lésions très étendues. Mais c'est un procédé infidèle qui ne réussit pas toujours : la cicatrisation est lente et elle peut se faire d'une façon irrégulière, il en résulte alors des cicatrices difformes empêchant l'ampliation du périnée en cas d'un nouvel accouchement.

Les serre-fines doivent être employées à mors larges. On ne doit pas les laisser en place plus de dix-huit heures ; on risquerait de produire des points de sphacèle. Leur application est souvent difficile et presque aussi douloureuse que la suture. En somme ces deux procédés présentent plusieurs inconvénients et aucun avantage ; on ne doit les mettre en usage que pour les déchirures superficielles ou de faible étendue.

Le véritable traitement des déchirures centrales est la suture immédiate. La technique de cette opération est assez simple ; l'anesthésie générale n'est pas indispensable, à la rigueur on peut employer avec avantage la cocaïne. La femme étant mise en travers du lit, on lave soigneusement le vagin et la région vulvopérinéale avec une solution de sublimé ou de biiodure au 1/4000^e. On sectionne ensuite le pont périnéal situé entre la déchirure et la fourchette, et l'on régularise les bords de la plaie, c'est-à-dire on resèque les lambeaux, les franges, toutes les parties contuses condamnées au phacèle. Comme aiguille on peut se servir de celle de Reverdin ou de l'aiguille courbe d'Emmet ; pour le fil on emploie le catgut de préférence à la soie pour la suture des muqueuses et le crin de Florence pour la suture de la peau. Quand la cloison rectovaginale est plus ou moins atteinte, on commence par la suture de la paroi rectale en allant de haut en bas ; les bords de la plaie vaginale sont réunis de telle façon que la suture se termine toujours au niveau de la commissure postérieure de la vulve. Pour ces deux surfaces mu-

queuses on peut employer avec avantage la suture en surjet comme le recommande Doleris (1).

Du côté de la peau l'aiguille introduite à un centimètre d'un des bords de la plaie et pénétrant profondément dans les tissus, sortira à égale distance sur l'autre bord. On placera ainsi le nombre nécessaire de fils superposés transversalement à un centimètre l'un de l'autre.

Après l'opération pansement antiseptique à l'iodeforme, maintenu en place par un bandage en T. Les jambes de la femme seront accolées et elle gardera le lit pendant quinze jours. Enfin pour éviter les garde-robes on prescrira de l'opium pendant trois ou quatre jours.

La suture immédiate donne des résultats excellents quand les deux bords de la plaie sont exactement affrontés. C'est pourquoi, chaque fois que les lésions sont étendues, que les bords de la place sont machés et contus, il est très avantageux de sectionner le pont périnéal antérieur. On a ainsi sous les yeux toute l'étendue de la plaie et l'affrontement exact devient facile.

Cette façon de procéder est recommandée par Charpentier. Cet auteur a réuni, dans un tableau, les résultats des différents traitements.

	Malades	Gnérison	Avec fistule	Insuccès
Traitement simple	20	12	8	
Suture	11	6	4	1
Section du { immédiate	3	3		
pont antérieur { 15 jours après l'acc ^t	1	1		

(1) Doleris. *Archives de Tocologie*, 1885.

Les cas réunis par nous donnent des résultats analogues.

	Malades	Guérison	Avec fistule	Insuccès
Traitement simple (pour lésions légères)	3	3		
Suture	5	2	2	1
Section { pour périnéoraphie imméd ^{le} .	6	5	1	
du pont { — — — — — secondaire.	2	1	1	

On voit donc que la section du pont antérieur est très importante pour éviter la persistance d'une fistule vagino-périnéale. Quant à l'opportunité de la suture immédiate, tous les auteurs sont aujourd'hui à peu près d'accord pour la recommander. On soustrait la place aux inoculations, et l'on évite une opération ultérieure beaucoup plus complexe. Il n'existe à cette règle qu'une seule exception, lorsque les tissus sont oedématisés, fortement contus et qu'il est difficile de discerner les parties destinées à s'éliminer par le sphacèle; même, dans ces cas, la suture immédiate a réussi quelquefois.

Lorsque la suture n'a pas été faite aussitôt après l'accouchement, à quelle époque doit-on pratiquer la périnéorrhaphie?

Beaucoup de chirurgiens conseillent, dans ce cas, d'attendre la fin de la période puerpérale. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, il est préférable d'opérer le plus tôt possible et de pratiquer ce qu'on appelle la périnéorrhaphie immédiate secondaire. Pour aviver les bords de la plaie, il suffit de gratter avec une curette

les bourgeons charnus, les exciser au besoin, et l'on obtient ainsi la réunion par première intention.

Si l'on pratique la périnéorrhaphie tardive, la femme devra être surveillée et se lever le moins possible avant l'opération. Le cas de Stoltz (1) est particulièrement intéressant à cet égard.

« A l'inspection des parties génitales, on constata que l'ouverture périnéale existait encore, qu'elle avait la forme d'un trou rond, dont le bord ou cercle était profondément cicatrisé. Dans cette ouverture on trouva engagé un corps mobile, une espèce de bouchon, que l'on reconnaît bientôt n'être autre chose que le col utérin. En effet, à la vue, on distingua le museau de tanche et, par le toucher à travers la vulve, on constata un abaissement ou plutôt une descente de la matrice. Cet organe était descendu perpendiculairement à l'axe du corps, *et le col, au lieu de sortir par la vulve, s'était engagé dans l'ouverture périnéale.* »

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1868, p. 286.

CONCLUSIONS

I. — La déchirure centrale du périnée est un accident moins rare qu'on ne le pense. La statistique de la clinique Baudelocque donne la proportion d'une déchirure centrale sur 2.000 accouchements.

II. — Parmi les nombreuses causes indiquées par les auteurs, les plus fréquentes sont : la longueur exagérée du périnée antérieur et l'orientation anormale de la vulve en haut et en avant.

On rencontre beaucoup plus rarement comme cause principale la hauteur de la symphyse pubienne, la résistance de l'anneau hyménéal et l'anomalie des contractions utérines.

III. — Le traitement est préventif ou curatif :

a) Les principaux moyens préventifs, l'épisiotomie et le forceps seront employés selon les circonstances ;

b) Quand on assiste à la formation d'une déchirure centrale, on doit à tout prix éviter l'extension de la lésion au rectum ; l'épisiotomie, et surtout la section du pont périnéal antérieur sont alors indiquées ;

c) Le meilleur traitement curatif est la suture immédiate. Un temps important de cette opération est la section du pont périnéal antérieur, qui permet l'affrontement plus exact des bords de la plaie.

Si, pour une raison quelconque, la suture n'a pas été faite immédiatement après l'accouchement, on pratiquera la périnéorrhaphie immédiate secondaire de préférence à la périnéorrhaphie tardive.

Vu : Le Doyen,	Vu : Le Président de la Thèse,
BROUARDEL.	PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Boissard*. — De la forme de l'excavation pelvienne au point de vue obstétricale. Thèse Paris, 1884.
France médicale, 1890.
- Charpentier*. — Traité pratique des accouchements, 1883.
— De la déchirure centrale. Archives de Tocologie, 1885.
- Choteau*. — Nord médical. Lille, 1896.
- Delcroix*. — Étude sur les déchirures centrales du périnée. Thèse Paris, 1891.
- Doléris*. — Périnéorrhaphie immédiatement après l'accouchement. Archives de Tocologie, 1885.
- Farabeuf et Varnier*. — Introduction à l'étude clinique et pratique des accouchements, 1891.
- Fleischl*. — Pester med. chir. Presse. Budapest, 1893.
- Flesch*. — Centralblatt für gynakologie, 1895.
- Joffrion*. — Déchirures du périnée. Thèse Paris, 1887.
- Kahn*. — Centralblatt für gynakologie, 1895.
- La Chapelle*. — Pratique des accouchements, 1825.
- Matthæi*. — Deutsche med. Wochenschrift, 1894.
- Morand*. — Déchirures centrales du périnée. Thèse Paris, 1869.

- Piering.* — Journal d'accouchements. Liège, 1892.
Pozzi. — Traité de gynécologie, 1897.
Prochownik. — Ueber Beckenneigung. Archiv für gynakologie, 1882, t. XIX.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1898.
Silsinsky. — Journal acoucherstva i jenskih boleznei. Saint-Pétersbourg, 1895.
Small. — Medical record of New-York, 1896.
Stoltz. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1868.
Succow. — Deutsche méd. wochenschrift, 1896.
Tarnier. — Journal des sages-femmes, 1892.
Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, 1898.
Taranoff. — Gazetta meditzina Saint-Pétersbourg, 1892.
Wallich. — Mécanisme des ruptures du périnée. Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, 1897, 1898.
Voiluriez. — De la rupture centrale du périnée. Journal des sciences médicales. Lille, 1898.

